

Chapitre IV

La participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé : une charge croissante, une protection maladie à redéfinir

PRÉSENTATION

Les dépenses de santé sont couvertes par trois types de financeurs : l'assurance maladie obligatoire de base, les organismes privés proposant des garanties d'assurance complémentaire (organismes complémentaires) et les ménages.

Sur une dépense de soins et de biens médicaux de 194,6 Md€ en 2015, les remboursements de l'assurance maladie se sont élevés à 149,5 Md€¹³⁵ (soit 76,8 %). En dehors de la couverture maladie universelle complémentaire (2,2 Md€), le reste à charge, soit 44,3 Md€, a été financé par les ménages, soit par l'intermédiaire des organismes complémentaires pour ceux ayant souscrit une assurance complémentaire (pour 25,7 Md€), soit directement (pour 16,4 Md€).

L'évolution de la prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie et de ses modalités détermine ainsi celle de l'effort financier supporté par chaque assuré social à travers à la fois sa cotisation d'assurance complémentaire et son reste à charge ultime, et par là même l'accessibilité financière aux soins.

Cette évolution présente un paradoxe. D'un côté, sur un plan global, la part de financement des dépenses par l'assurance maladie est en passe de retrouver son niveau d'il y a quinze ans, en progressant sensiblement dans la période récente. D'un autre côté, malgré une participation directe des assurés parmi les plus faibles en Europe et qui s'est encore infléchie dernièrement, les niveaux individuels de prise en charge des dépenses ont eu tendance à décliner pour certaines catégories d'assurés et les dépenses qui peuvent rester à leur charge peuvent s'avérer très importantes.

La Cour a constaté que si la part globale de financement des dépenses de santé par l'assurance maladie, après avoir diminué avant 2012, revenait depuis lors vers le niveau qui était le sien à la fin des années 1990, ce retour, en grande partie lié à l'effet de structure induit par la progression rapide des effectifs de patients en affection de longue durée, s'était accompagné d'une érosion progressive des niveaux individuels de prise en charge des autres dépenses de santé (I).

¹³⁵ Sans compter les prises en charge de l'État notamment dans le cadre de l'aide médicale d'État (AME).

Elle a aussi examiné les modalités d'intervention des organismes complémentaires, qui jouent un rôle progressivement croissant dans le financement des restes à charge après intervention de l'assurance maladie, en constatant qu'elles s'accompagnaient de coûts élevés pour les assurés comme pour la collectivité et d'inégalités dans les niveaux de prise en charge des dépenses de santé entre assurés (II).

Devant le double constat, sur longue période, d'une dégradation des conditions de prise en charge par l'assurance maladie et d'un report croissant et coûteux vers les organismes complémentaires, un réexamen d'ensemble des modalités de couverture des dépenses de santé apparaît nécessaire (III).

I - Une érosion des niveaux individuels de prise en charge, en dépit d'une part globale de financement par l'assurance maladie qui retrouve son niveau d'il y a 15 ans

Sur une consommation de biens et de services médicaux (CSBM) de 194,6 Md€ en 2015, soit 8,9 points de PIB, la part financée par l'assurance maladie obligatoire a atteint 149,5 Md€.

Au cours des quinze dernières années, la part relative de l'assurance maladie obligatoire dans le financement de la CSBM s'est maintenue entre 76 et 77 %. Elle a atteint son plus bas niveau en 2011 (75,9 %) avant de remonter progressivement depuis lors. En 2015, elle s'est élevée à 76,8 % de la CSBM et est ainsi en passe de retrouver son niveau de la fin de la décennie 1990 (76,9 % en 1998 et 1999). Cette dernière évolution traduit un effort financier soutenu de la collectivité puisque le poids des prises en charge par l'assurance maladie dans le PIB s'est accru de plus de 0,9 points en 15 ans, le poids de la CSBM dans le PIB ayant lui-même augmenté de 1,1 point sur la période.

La stabilité globale sur longue période de la part relative de l'assurance maladie obligatoire dans le financement des dépenses de santé recouvre deux mouvements de grande ampleur et de sens opposé : une progression du nombre de patients en affection de longue durée (ALD), qui bénéficient d'un taux de prise en charge supérieur en moyenne aux autres assurés, et un recul des niveaux individuels de remboursement, tant pour les assurés en ALD que pour les autres, en raison notamment des transferts de charge opérés vers les ménages entre 2003 et 2011.

A - Un désengagement croissant de l'assurance maladie, parallèlement à la progression des affections de longue durée

La part des dépenses financées par l'assurance maladie obligatoire de base s'est stabilisée au prix de transferts de charges de plus de 6,5 Md€ vers les ménages, qui ont compensé les dépenses supplémentaires liées au nombre croissant de patients atteints d'une affection de longue durée (ALD).

1 - Une progression continue du coût des affections de longue durée depuis 15 ans

La part de la population en ALD connaît une progression particulièrement dynamique depuis la fin des années 1990. Pour le régime général, elle est ainsi passée de 11,2 % des assurés en 1999 à 16,4 % fin 2014 (9,8 millions de personnes).

Les patients en ALD présentent des dépenses remboursables plus de 6 fois supérieures en moyenne à celles des autres assurés. Ils bénéficient de taux de remboursement moyens très supérieurs à ceux des autres assurés, en raison non seulement de l'exonération du ticket modérateur dont ils bénéficient pour les dépenses en rapport avec leur affection, mais aussi du fait d'un recours plus fréquent à des soins ou à des produits mieux pris en charge (hospitalisation et médicaments coûteux remboursés à 100 %).

Les affections de longue durée (ALD)

Le dispositif des ALD, créé en 1945, visait à permettre aux personnes victimes de maladies longues et coûteuses d'accéder plus facilement aux soins grâce à une exonération des tickets modérateurs. Depuis 1987, cette dernière est réservée aux seuls soins en rapport avec l'affection concernée.

L'admission en ALD se fait sur critères médicaux et après accord d'un médecin conseil de l'assurance maladie. Les pathologies éligibles figurent sur une liste établie par décret. 29 pathologies y sont aujourd'hui mentionnées¹³⁶. L'admission peut aussi être décidée au titre d'affections « hors liste » : forme grave d'une maladie ou forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave, comportant un traitement prolongé d'une durée supérieure à six mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse (« ALD 31 ») ; poly-pathologies entraînant un état pathologique invalidant nécessitant des soins continus pendant au moins six mois (« ALD 32 »).

¹³⁶ Les ALD les plus représentées dans la population sont le cancer, les diabètes, l'hypertension artérielle sévère et les affections psychiatriques. Voir le chapitre V du présent rapport : la prise en charge des affections de longue durée : une dynamique non maîtrisée, une gestion médicalisée de la dépense à mettre en œuvre.

L'augmentation de la prévalence des ALD entraîne ainsi, toutes choses égales par ailleurs, une progression de celle des dépenses de santé financée par l'assurance maladie. Suivant l'estimation de la Cour, les dépenses supplémentaires pour l'assurance maladie liées au régime spécifique des ALD par rapport aux prises en charge de droit commun seraient passées de 4,5 Md€ en 1998 à 12,5 Md€ en 2011 et à près de 15 Md€ en 2014, dont 13 Md€ au titre des exonérations du ticket modérateur¹³⁷.

Entre 1998 et 2014, la progression de la proportion d'assurés en ALD et celle du coût de leur prise en charge, lié notamment à leur consommation de médicaments coûteux, auraient ainsi conduit à accroître d'environ 6,5 Md€ la part relative de la CSBM financée par l'assurance maladie, soit en cumul près de 3,5 points de CSBM.

2 - D'importants transferts de charges vers les ménages

Plusieurs mesures d'augmentation du reste à charge pour les assurés, intervenues entre 2003 et 2011, et la hausse par ailleurs des dépassements de tarifs et des dépenses non remboursables par l'assurance maladie ont contribué à réduire de près de 2,5 points la part de CSBM financée par l'assurance maladie, en compensant ainsi l'incidence de la progression régulière des ALD au cours de la même période.

a) De nouvelles participations des ménages pour près de 3 Md€

En 2005, une participation forfaitaire de 1 € a été introduite afin de réduire les remboursements de l'assurance maladie, en s'appliquant en sus du ticket modérateur, sur les consultations de médecins (y compris à l'hôpital depuis 2007), les actes de radiologie et les analyses biologiques. Selon les données de la DREES, le rendement annuel de cette mesure a atteint 668 M€ en 2013.

¹³⁷ Le solde, soit 2 Md€, correspond à la consommation par les assurés en ALD de médicaments remboursés à 100 % indépendamment de l'exonération de ticket modérateur.

En 2008, des franchises venant s'ajouter aux tickets modérateurs ont été instaurées à hauteur de 0,5 € par boîte de médicament et par acte paramédical et de 2 € par transport sanitaire. Elles ont fait supporter aux assurés sociaux 868 M€ de dépenses de santé en 2013.

La participation forfaitaire, d'un côté, et les franchises, de l'autre, sont respectivement plafonnées à 50 € par an et par assuré.

Par ailleurs, le forfait journalier à l'hôpital, créé en 1983 (pour un montant de 20 F), a été augmenté de plus de 7 € entre 2003 et 2010 pour atteindre 18 € depuis lors, ce qui a engendré un accroissement du reste à charge des ménages de près de 700 M€ sur la période. En outre, une participation forfaitaire de 18 € en lieu et place d'une exonération de ticket modérateur a été instaurée en 2007 pour les séjours hospitaliers ou les consultations comprenant un acte « lourd ». Son rendement à l'hôpital est évalué à 90 M€ par la DREES.

Enfin, plusieurs mesures ponctuelles ont augmenté de 600 M€ le rendement global des tickets modérateurs : suppression de l'exonération du ticket modérateur sur certaines dépenses consécutives à un acte « lourd » dès 2004, instauration d'une majoration du ticket modérateur pour les consultations de médecins en dehors du parcours de soins en 2006, par la suite augmentée, hausse du taux de ticket modérateur sur les dispositifs médicaux en 2011.

**Tableau n° 46 : mesures d'augmentation de la participation
des ménages depuis 2004**

En M€, sans cumul

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Hausse du forfait hospitalier de 2,33 €	+180							
Rétablissement du ticket modérateur (TM) sur les dépenses de transport et de soins paramédicaux consécutifs à un acte « lourd »	+200							
Participation de 1 € par consultation de médecin et analyse de biologie		+430						
Hausses du forfait hospitalier de 1 € en 2005, 2006 et 2007		+120	+120	+120				
Majoration du TM pour les consultations en dehors du parcours de soins coordonné (PSC)			+100					
Extension de la participation de 1 € à la consultation externes des hôpitaux et hausse du plafond journalier à 4 €				+50	+100			
Participation forfaitaire de 18 € mise en place à l'hôpital puis en ville				+50	+100			
Augmentation de 10 points de la majoration du TM hors PSC					+150			
Franchise sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires					900			
Augmentation de 20 points de la majoration du TM hors PSC						+150		
Hausse de 2 € du forfait hospitalier							+160	
Baisse du taux de remboursement des dispositifs médicaux de la liste des produits et prestations - LPP (30 %)								+100
Hausse du seuil d'application de la participation forfaitaire de 18 €								+100
Total	+380	+550	+220	+220	+1 250	+150	+160	+200

Source : Cour des comptes d'après les annexes des projets de loi de financement de la sécurité sociale, les rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale et les données de la direction de la sécurité sociale.

b) Des baisses de remboursement des médicaments de près de 1 Md€

La réévaluation de l'efficacité médico-économique des médicaments au début des années 2000 a conduit les pouvoirs publics à réduire le taux de remboursement de certaines spécialités et à dérembourser d'autres dont le service médical rendu était des plus faibles. Ces mesures, principalement mises en œuvre en 2003 puis entre 2006 et 2008, ont accru de près de 1 Md€ la part relative de la CSBM financée par les ménages, dont 300 M€ du fait de déremboursements. Depuis lors, les révisions de l'efficacité médico-économique des médicaments se sont poursuivies sans interruption et conduisent chaque année à de nouveaux déremboursements, dans des proportions cependant moindres qu'entre 2003 et 2008.

c) Les effets de la progression dynamique des dépassements des tarifs de l'assurance maladie et des dépenses non remboursables

D'après les comptes de la santé, les dépassements d'honoraires des médecins libéraux, en ville comme en clinique privée, ont représenté 2,7 Md€ au total en 2013. Leur progression dynamique a augmenté de près de 400 M€ la part relative des ménages dans le financement de la CSBM entre 1998 et 2013. Pour l'essentiel, elle est attribuable aux soins délivrés par les médecins spécialistes, dont les taux moyens de dépassement sont passés de 10,6 % en 1998 à 16,4 % en 2013, alors que ceux des généralistes reculaient de 5,6 % à 4,1 %.

Également entre 1998 et 2013, la progression des dépassements de tarifs sur les dispositifs médicaux, notamment l'optique et les audio-prothèses, a accru de près de 800 M€ la part relative des ménages dans le financement de la CSBM.

Celle des dépenses non remboursables, notamment les actes hors nomenclature des chirurgiens-dentistes (parodontologie, implantologie), l'a par ailleurs alourdie de plus de 400 M€.

Au total, la progression des dépassements et des dépenses hors nomenclature a entraîné un transfert de financement vers les ménages de près de 1 point de CSBM entre 1998 et 2014.

La progression rapide de l'assiette des tickets modérateurs à l'hôpital public

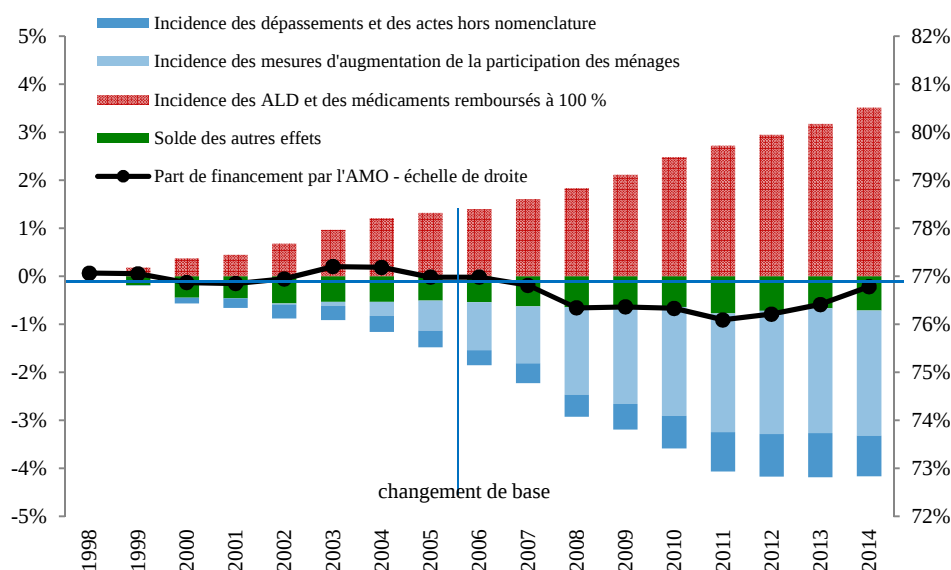
Dans les hôpitaux publics, anciennement sous dotation globale, le maintien du calcul de la participation financière des ménages (ticket modérateur) sur la base des tarifs journaliers de prestation (TJP) fixés pour chaque établissement et non des tarifs nationaux sur lesquels se fonde la tarification à l'activité, a conduit à accroître la part de financement supportée par les ménages.

En effet, la suppression du mécanisme antérieur de compensation entre dotation globale et participation des ménages a incité les hôpitaux à demander aux agences régionales de santé (ARS) des augmentations de leurs TJP. Selon les calculs de la Cour, l'augmentation de la valeur des TJP entre 2004 et 2012 à un rythme nettement supérieur à celle de la dépense hospitalière a augmenté de près de 1 Md€ la part relative de financement des ménages au sein de la CSBM.

En définitive, plusieurs facteurs d'évolution¹³⁸ se sont compensés depuis 15 ans de sorte que la part relative des dépenses de santé prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est aujourd'hui en passe de revenir à son niveau de 1998.

¹³⁸ En dehors de ceux précédemment décrits, l'effet de structure lié au recul de la part des dépenses hospitalières dans la CSBM entre 1999 et 2001 a contribué à réduire la part de l'assurance maladie obligatoire (les soins hospitaliers sont relativement mieux remboursés en moyenne que les autres dépenses).

Graphique n° 8 : principaux facteurs d'évolution de la part des dépenses de santé prise en charge par l'assurance maladie obligatoire



Note de lecture : en 2012, la part des dépenses de santé financée par l'assurance maladie obligatoire était de 76,1 %. Entre 1998 et 2012, les ALD et les médicaments remboursés à 100 % ont contribué à accroître cette part de 2,9 points, tandis que les mesures d'augmentation de la participation des ménages et les dépassements ont contribué à la réduire respectivement de 2,6 points et de 0,9 point.

Source : Cour des comptes.

Entre 1998 et 2014, l'effet de la progression des ALD a été en effet globalement neutralisé par les transferts de charges suscités par les mesures décidées par les pouvoirs publics et par la hausse des dépassements de tarifs et des dépenses non remboursables. Toutefois, ces mesures sont essentiellement intervenues entre 2003 et 2011. Depuis 2012, l'évolution du partage de financement des dépenses de santé entre l'assurance maladie obligatoire et les ménages est presque uniquement liée, par effet de structure, aux ALD et aux médicaments remboursés à 100 %. La part de l'assurance maladie obligatoire a ainsi augmenté de 0,8 point entre 2011 et 2014, nonobstant l'évolution des taux individuels de prise en charge, durablement affectés par les mesures intervenues avant 2012. Cette tendance s'est poursuivie en 2015 avec une augmentation supplémentaire de 0,2 point de la part de l'assurance maladie obligatoire.

B - Une diminution rampante, mais inégale des niveaux individuels de prise en charge par l'assurance maladie

Les transferts de charge intervenus depuis 1998 en direction des ménages et la hausse des dépassements des tarifs de l'assurance maladie et des dépenses non remboursables ont accentué les écarts de traitement des différentes catégories d'assurés et accru le risque pour ces derniers de devoir faire face à des restes à charge élevés.

1 - Une baisse générale des taux de prise en charge, accompagnée d'écarts croissants entre les différentes catégories d'assurés

Si la progression du nombre d'assurés en ALD contribue à augmenter le taux global de prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire au niveau de la CSBM dans son ensemble, les mesures d'augmentation des participations financières des ménages ont pesé sur les taux de prise en charge de chaque assuré, y compris ceux des patients en ALD. En effet, la plupart des nouvelles participations s'appliquent à ces derniers comme aux autres assurés.

Pour autant, les écarts de taux de prise en charge se sont accrus entre les assurés en ALD et les autres assurés. Certaines mesures concernant l'assiette et les taux des tickets modérateurs, en ville ou à l'hôpital, ont en effet épargné les assurés en ALD dès lors que les dépenses exposées sont en rapport avec leur affection. En outre, la progression de la consommation de médicaments remboursables à 100 % a concerné pour l'essentiel les assurés en ALD. Dès lors, le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire a moins baissé pour les assurés en ALD que pour les autres.

Entre 2002 et 2013, comme le montre le tableau ci-après, le taux moyen de remboursement par l'assurance maladie sur les dépenses opposables¹³⁹ a de fait baissé de 1,1 point pour les assurés en ALD, mais de 3 points pour les autres assurés, ce qui a fait croître de 1,9 point l'écart de taux moyen de prise en charge entre ces deux catégories. Ce dernier atteint désormais plus de 17,8 points sur l'ensemble des soins et s'élève à plus de 24,4 points¹⁴⁰ sur les seuls soins de ville.

¹³⁹ Hors dépassements sur dépenses remboursables et hors dépenses non remboursables.

¹⁴⁰ Les dernières données disponibles concernent l'année 2013 et n'intègrent donc pas l'effet de la progression en 2014 des médicaments rétrocédés par les pharmacies hospitalières à des patients non hospitalisés, notamment ceux contre l'hépatite C, sur le taux moyen de prise en charge des dépenses des patients en ALD.

Tableau n° 47 : évolution des taux de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire sur dépenses opposables en fonction de la présence ou non d'une affection de longue durée (2002-2013)

	2002	2013	Variation
Assurés ayant une affection de longue durée (ALD)	94,3 %	93,2 %	-1,1 point
Autres assurés (non-ALD)	78,4 %	75,4 %	-3 points
Écart ALD-non-ALD	15,9 points	17,8 points	+1,9 point

Source : Cour des comptes d'après des données de la DREES issues de l'échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS) pour 2002 et des données de la CNAMTS issues de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) pour 2013.

2 - Une hétérogénéité croissante des niveaux de prise en charge selon les types de soins et les catégories d'assurés

À la création de la sécurité sociale en 1945, la participation financière des ménages aux dépenses de santé a pris la forme simple d'un ticket modérateur à taux unique de 20 % sur l'ensemble des dépenses remboursables dans la limite des tarifs conventionnels. Ce dernier avait pour objet de responsabiliser les assurés sociaux, tout en laissant un champ d'activité aux mutuelles, anciennes gestionnaires des assurances sociales mises en place par une loi de 1930.

Depuis lors, le ticket modérateur s'est complexifié en se différenciant en fonction de la nature des dépenses. Six taux distincts de droit commun (voire sept en prenant en compte les médicaments remboursables à 100 %) s'appliquent aujourd'hui aux assurés du régime général, sans préjudice du fait que ces taux sont majorés dans certains cas¹⁴¹.

¹⁴¹ Majoration notamment de 40 points applicable aux consultations médicales effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés.

Tableau n° 48 : niveau des tickets modérateurs en fonction de l'objet des dépenses (2015)

En %

	Fourchette définie par décret	Taux fixé par l'UNCAM
Frais d'hospitalisation, y compris honoraires et analyses médicales	15-25	20
Forfait urgences et ambulatoire à l'hôpital, honoraires associés et produits de la liste « en sus »	15-25	20
Honoraires des praticiens libéraux hors hospitalisation	25-35	30
Honoraires des auxiliaires médicaux hors hospitalisation	35-45	40
Analyses médicales hors hospitalisation	35-45	40
Médicaments à service médical rendu (SMR) modéré ou destinés aux affections sans gravité	70-75	70
Spécialités et préparations homéopathiques remboursables	70-75	70
Dispositifs médicaux figurant sur la liste des produits et prestations (LPP)	40-50	40
Médicaments à SMR faible	80-90	85
Transports sanitaires, cures thermales et autres frais, dont autres médicaments	30-40	35

Source : Légifrance et CNAMTS.

En outre, plusieurs régimes spéciaux font bénéficier leurs affiliés, au nombre de 900 000 environ, de tickets modérateurs nuls ou d'un niveau réduit par rapport au régime général. C'est notamment le cas du régime des mines, qui les dispense de toute participation sur tarif opposable, et dans une moindre mesure des régimes des agents de la SNCF, de la RATP et des clercs et employés de notaires.

Par ailleurs, l'assiette des tickets modérateurs résulte de règles qui sont progressivement devenues de plus en plus complexes. En soins de ville, cette complexité résulte notamment des divers cas de majorations applicables aux consultations de médecin. À l'hôpital, elle est liée d'une part à l'existence d'une participation forfaitaire (de 18 €) qui se substitue

dans certains cas au ticket modérateur¹⁴² et d'autre part à l'extrême hétérogénéité des valeurs des tarifs journaliers de prestation entre hôpitaux publics au titre d'un même motif de séjour.

L'hétérogénéité des assiettes de ticket modérateur pour des séjours identiques à l'hôpital

Pour un même motif de séjour et des soins identiques, le montant du ticket modérateur peut varier fortement selon les établissements : en clinique privée, l'assiette correspond aux tarifs nationaux des groupes homogènes de séjours (GHS), qui sont définis par type de pathologie ou d'intervention et indépendants de la durée effective du séjour. En revanche, dans les hôpitaux publics, l'assiette correspond à la durée du séjour (jour de sortie non compris) multipliée par les tarifs journaliers de prestation (TJP).

Les valeurs des TJP sont fixées par la voie d'arrêtés des directeurs d'ARS et doivent suivre des modalités de calcul précisées par décret. Toutefois, les valeurs retenues ont largement correspondu, au moins jusqu'en 2012, aux demandes de chaque établissement en fonction de ses conditions d'exploitation, de ses coûts et de sa situation financière propre, sans toujours respecter les modalités de calcul réglementaires.

Il en résulte une grande hétérogénéité des TJP, à types de soins identiques, selon les établissements. Selon l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé, l'éventail des TJP pratiqués en médecine par les CHU allait en 2012 de 862 €/jour à l'AP-HP à 1 476 €/jour au CHU de Rouen ; en dehors des CHU, certains TJP étaient inférieurs à 300 €. Des travaux effectués par la Cour en 2013 sur des données 2011 ont mis en évidence des écarts similaires (de 140 à 1 832 € en médecine, de 429 à 2 243 € en chirurgie et de 146 à 1 318 € en psychiatrie).

Enfin, il existe plus d'une quarantaine de cas d'exonération tant sur l'application des tickets modérateurs que sur celle des autres participations. La principale, en termes de fréquence, concerne l'exonération de ticket modérateur pour les patients atteints d'une ALD suivie, par ordre de masse financière décroissante, par les exonérations de ticket modérateur et des autres participations pour les titulaires d'une pension d'invalidité, puis par les exonérations dont bénéficient les femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois de grossesse.

¹⁴² Si le séjour comporte un acte coûteux, diagnostique ou thérapeutique, c'est-à-dire dont le tarif est égal ou supérieur à 120 € dans la classification commune des actes médicaux ou dont le coefficient est égal ou supérieur à 60 dans la nomenclature générale des actes professionnels.

3 - Une forte dispersion des niveaux de reste à charge à niveau identique de dépense de santé

Cette complexité croissante des modalités de prise en charge de l'assurance maladie se traduit par une forte dispersion des niveaux de restes à charge à niveau identique de dépense, en fonction du contenu des soins et de la catégorie d'assuré.

Ainsi, sur les seuls soins de ville et même parmi les assurés n'ayant pas bénéficié d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD, les taux de reste à charge connaissent une forte dispersion : pour une dépense annuelle de l'ordre de 700 €, ce taux peut varier entre 35 et 75 % (en fonction notamment du poids des dépassements dans la dépense). Les exonérations amplifient ce phénomène : ainsi, en soins de ville, la même fourchette de dépense opposable comprise entre 1 200 et 1 500 € annuels a donné lieu à un taux de remboursement moyen de 81 % pour les assurés en ALD et de seulement 64 % pour les autres assurés.

C - Des dépenses à la charge des assurés après intervention de l'assurance maladie obligatoire parfois importantes

1 - Des restes à charge qui peuvent être élevés à l'hôpital comme en soins de ville

La grande majorité des participations financières sur dépense opposable est proportionnelle soit à la valeur de la dépense (ticket modérateur), soit à son volume (participations forfaitaires et franchises médicales). Les dispositifs de plafonnement n'ont qu'une incidence marginale (plafond annuel de 50 € sur la participation de 1 €, autre plafond de même montant sur l'ensemble des franchises médicales et participation de 18 € qui se substitue au ticket modérateur pour tout acte dont le coût unitaire dépasse 120 €).

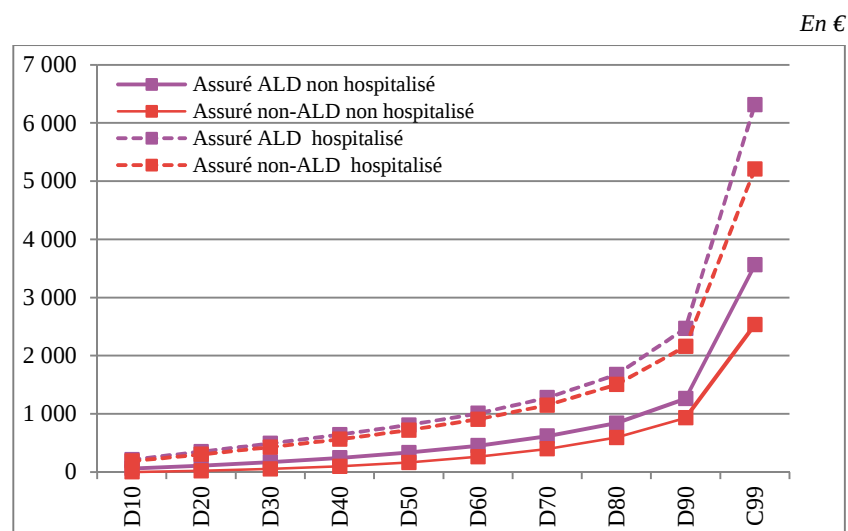
Si le reste à charge par assuré et par an sur dépense remboursable par l'assurance maladie (y compris dépassements) s'élevait à 510 € en moyenne en 2012, 5 % des assurés connaissaient cette même année un reste à charge supérieur à 1 700 €. Pour ces 5 % d'assurés, le reste à charge annuel s'élevait à 2 750 € en moyenne, ce qui traduit l'occurrence de restes à charge d'un niveau bien supérieur pour certains.

a) Des restes à charge pouvant être très lourds en cas d'hospitalisation

Les hospitalisations augmentent très significativement le risque pour les assurés sociaux de devoir faire face à un reste à charge élevé, notamment pour ceux en ALD : en 2012, 20 % des patients en ALD ayant connu une hospitalisation dans l'année ont eu, à ce seul titre, un reste à charge annuel supérieur à 450 € hors dépassements d'honoraires, dont le montant moyen atteint 1 450 €.

Pour toutes les catégories d'assurés, un séjour à l'hôpital fait plus que doubler les restes à charge : pour les 10 % d'assurés qui ne sont pas atteints d'ALD et supportent, y compris au titre de dépassements, les restes à charge les plus élevés, ces derniers sont en moyenne de 1 000 € par an; pour les mêmes assurés qui ont été hospitalisés, les restes à charge s'élèvent à 2 100 € en moyenne.

Graphique n° 9 : distribution des restes à charge annuels après assurance maladie obligatoire sur la dépense présentée au remboursement (2012)



*Note de lecture : D90 (dernier décile) et C99 (dernier centile) correspondent respectivement aux 10 % et au 1 % d'assurés ayant les restes à charge les plus élevés.
Source : Cour des comptes d'après les données de la CNAMTS issues de l'EGB 2012*

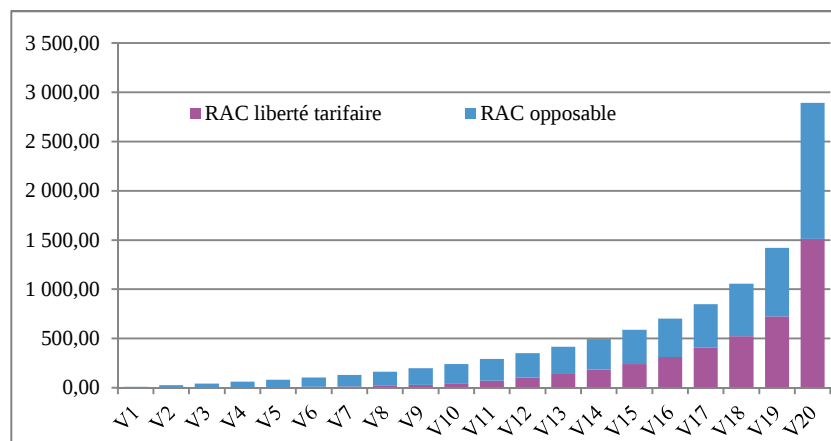
b) En soins de ville, des restes à charge élevés qui portent aussi bien sur la dépense opposable que sur les dépassements de tarifs

Sur la seule dépense opposable de soins de ville (hors dépassements), selon les données de l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB) de 2013, 5 % des assurés connaissent un reste à charge annuel supérieur à 750 €, dont le montant moyen dépasse 1 100 €. Pour 5 % des assurés en ALD, le reste à charge excède 930 €.

Pour les 20 % d'assurés hospitalisés qui présentent les dépenses les plus élevées, une hospitalisation ajoute à ces restes à charge près de 1 200 € supplémentaires en moyenne annuelle, hors dépassements d'honoraires.

Si les dépenses opposables peuvent à elles seules engendrer des restes à charge élevés, les dépassements d'honoraires et de tarifs ont une place prépondérante dans les restes à charge les plus élevés, alors qu'ils représentent moins d'un quart des restes à charge pour la moitié de la population ayant les dépenses de santé les moins importantes.

Graphique n° 10 : part des dépassements d'honoraires et de tarifs dans les restes à charge (RAC) suivant les niveaux de RAC annuels sur dépense remboursable (2013)



Note de lecture : V19 et V20 (derniers vingtiles) correspondent aux 10 % d'assurés ayant les restes à charge les plus élevés.

Source : Cour des comptes d'après les données de la CNAMTS issues de l'EGB 2012

Les soins dentaires prothétiques concentrent plus de la moitié des dépassements supportés par les 10 % d'assurés qui ont les restes à charge les plus élevés. L'optique en explique un quart.

2 - Des restes à charge pouvant demeurer importants pour les assurés en ALD

Malgré l'exonération de ticket modérateur dont ils bénéficient sur les dépenses en rapport avec leur affection, les assurés en ALD ont en moyenne des restes à charge supérieurs aux autres assurés. Ce paradoxe apparent reflète un état de santé global plus dégradé des assurés en ALD que le reste de la population à âge identique.

De surcroît, les assurés en ALD présentent les plus forts risques de reste à charge élevés : sans connaître d'hospitalisation, 10 % d'entre eux font face à un reste à charge qui dépasse 1 200 € par an (y compris dépassements). 10 % de ceux qui ont été hospitalisés doivent assumer un reste à charge annuel total proche de 2 500 € en moyenne.

Tableau n° 49 : restes à charge annuels moyens en fonction de la présence ou non d'une affection de longue durée (2012)

En €

	Par individu*		
	Ensemble	ALD	Non-ALD
Dépense remboursable moyenne	2 176	7 030	1 116
Reste à charge moyen après assurance maladie obligatoire	510	805	446
Dont soins de ville, dont :		649	410
<i>Ticket modérateur</i>		299	184
<i>Participations et franchises</i>		58	16
<i>Dépassements</i>		292	209

*D'après l'EGB 2012 hors psychiatrie et soins de suite et de réadaptation dans les hôpitaux publics, sur individus présents de 2008 à 2012.

Source : Cour des comptes d'après les données de la CNAMTS.

**

Alors même que la part globale de l'assurance maladie dans le financement des dépenses de santé est restée stable sur 15 ans, les assurés ont vu paradoxalement leurs conditions de prise en charge se dégrader avec près de 6,5 Md€ de transferts de charge cumulés sur cette période. Les écarts de prise en charge, à niveau identique de dépense, se sont accrus, notamment entre les patients en ALD et les autres assurés. Des restes à charge élevés existent après assurance maladie obligatoire, supérieurs pour 5 % des assurés à 1 700 € par an, y compris pour ceux en ALD.

II - Un report progressivement croissant, coûteux et inégalitaire sur les assurances complémentaires

Dans le contexte d'une érosion progressive des niveaux de prise en charge individuelle des assurés, hors situations d'affection de longue durée, par l'assurance maladie obligatoire de base, les assurés sociaux recourent de plus en plus massivement aux assurances privées complémentaires, avec le soutien des pouvoirs publics, afin de réduire leur exposition au risque de restes à charge élevés.

A - Un financement par les organismes complémentaires privés en forte progression depuis 15 ans

Entre 1998 et 2015, la part des organismes complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance) dans le financement des dépenses de santé laissées à la charge des ménages par l'assurance maladie obligatoire est passée de 56 % à plus de 61 %. En 2015, ces organismes ont financé 13,2 % de la CSBM, soit 25,7 Md€, contre 12,2 % en 2000.

1 - Une couverture complémentaire en voie de généralisation

La part de la population française couverte par une protection complémentaire en santé est passée de 84 % en 1998 à 95 % fin 2012, grâce en particulier à l'instauration de la couverture maladie universelle complémentaire en 1999, puis de l'aide au paiement d'une complémentaire santé en 2004¹⁴³. La généralisation au 1^{er} janvier 2016 à l'ensemble des salariés de la complémentaire santé dans le cadre collectif de l'entreprise, en application de la loi du 14 juin 2013 de sécurisation de l'emploi, pourrait augmenter ce taux de 0,9 à 2,3 points¹⁴⁴. Sa progression effective sera notamment tributaire de la fréquence de l'extension des contrats d'entreprise aux membres des familles des salariés et de l'étendue des dispenses d'affiliation pour ceux ayant une activité réduite.

¹⁴³ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement pour 2015*, chapitre XII : l'accès aux soins des ménages défavorisés : un bilan en demi-teinte, une action à mieux cibler, p. 415-448, La Documentation française, septembre 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁴⁴ Selon une étude de l'IRDES parue en juillet 2015.

2 - L'augmentation du niveau moyen des garanties

En dépit de l'instauration de participations financières non ré-assurables entre 2005 et 2008 (participation de 1 € par consultation médicale, majorations de ticket modérateur hors parcours de soins et franchises médicales), la part des assurances complémentaires dans le financement des dépenses de santé s'est accrue. En effet, le contenu des garanties d'assurance a accompagné la progression des dépassements d'honoraires et de tarifs : selon les types de dépenses couvertes, le niveau moyen des remboursements proposés a ainsi augmenté de 2 à 8 % par an entre 2006 et 2010¹⁴⁵.

La récente modification de la définition des contrats « responsables »¹⁴⁶ aura des conséquences encore difficiles à apprécier sur cette dynamique. Elle prévoit en effet d'une part une obligation de prise en charge intégrale de la plupart des tickets modérateurs ainsi que des forfaits hospitaliers sans limitation de durée, ce qui pourrait augmenter la part des dépenses de santé financée par les organismes complémentaires, et, d'autre part, une limitation de la prise en charge par ces derniers des dépassements d'honoraires des médecins et des tarifs d'optique, ce qui pourrait au contraire réduire cette part.

Les contrats complémentaires « responsables »

Les contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficient de certains avantages fiscaux et sociaux à la condition qu'ils respectent les critères des contrats « responsables » fixés par la loi ou par voie réglementaire :

- exclusion de toute prise en charge des participations de 1 €, des franchises médicales ainsi que des majorations de tickets modérateurs en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés ;
- prise en charge obligatoire de tous les tickets modérateurs, sauf ceux applicables aux médicaments remboursables à 15 % ou à 30 % et aux cures thermales, dont la prise en charge est facultative, et de l'intégralité des forfaits hospitaliers, sans limitation de durée ;

¹⁴⁵ Rapport de la DREES sur les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires en 2010.

¹⁴⁶ Décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

- niveaux minimaux de prise en charge des équipements d'optique ;
- niveaux maximaux de prise en charge pour ces mêmes équipements d'optique et pour les dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas signé de contrat d'accès aux soins.

Ils bénéficient s'ils répondent à ces conditions des avantages fiscaux et sociaux suivants :

- application d'un taux de taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie (TSA) minoré de 7 points (et même de 14 points pour les exploitants agricoles souscripteurs) par rapport aux contrats qui ne respectent pas les critères précités, à condition toutefois que les contrats « responsables » soient également « solidaires », c'est-à-dire qu'ils excluent toute sélection médicale ;
- exemption de cotisations sociales sur la part employeur des primes d'assurance, par ailleurs déductibles du bénéfice imposable, et déductibilité de la part salariale des primes de l'assiette de l'impôt sur le revenu, pour les contrats collectifs obligatoires d'entreprise ;
- déductibilité du bénéfice imposable pour les primes acquittées par les travailleurs indépendants.

Les contrats collectifs d'entreprise doivent être des contrats « solidaires » et « responsables ». En vue de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise au 1^{er} janvier 2016 ont été fixés¹⁴⁷ des planchers de garanties soit identiques à ceux des autres contrats « responsables », soit plus élevés (prise en charge plus importante pour les corrections simples en optique, plancher de prise en charge pour les soins prothétiques dentaires et l'orthopédie dento-faciale).

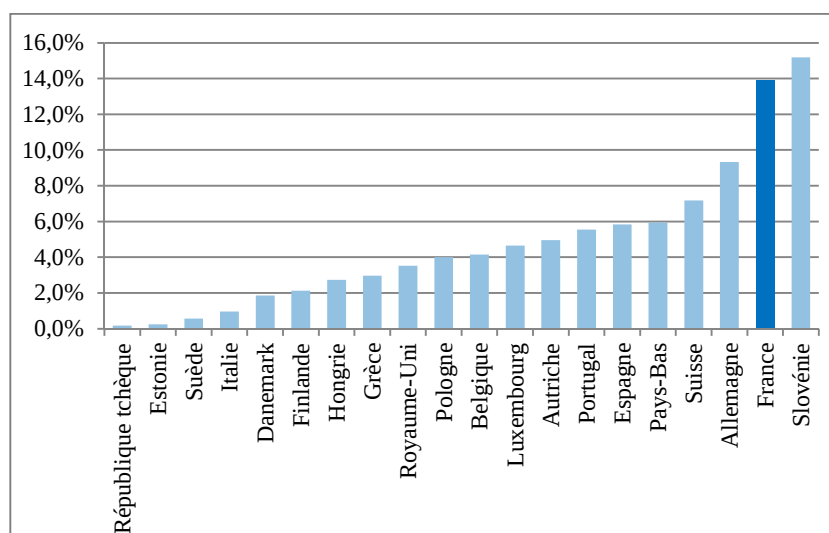
En tout état de cause, les nouveaux critères imposés aux contrats responsables et aux contrats d'entreprise auront pour effet de resserrer le large éventail des niveaux de garanties proposés par les organismes complémentaires. Pour une même correction, ces niveaux pouvaient en effet varier dans des proportions de 1 à 100 dans le domaine de l'optique. Selon les corrections, ces proportions varient désormais entre 3,75 et 9,4. Pour les prothèses dentaires ou auditives et les honoraires de médecins en secteur 2, ils pourront continuer à varier au moins de 1 à 10 pour un même soin.

¹⁴⁷ Décret du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale.

3 - Un niveau de participation directe des ménages en nette réduction

La France est aujourd'hui en deuxième position (après la Slovaquie) parmi les pays européens quant à la place des assureurs privés dans le financement des dépenses de santé, loin devant l'Allemagne (9,5 %), l'Espagne (6 %) et la Belgique (4 %).

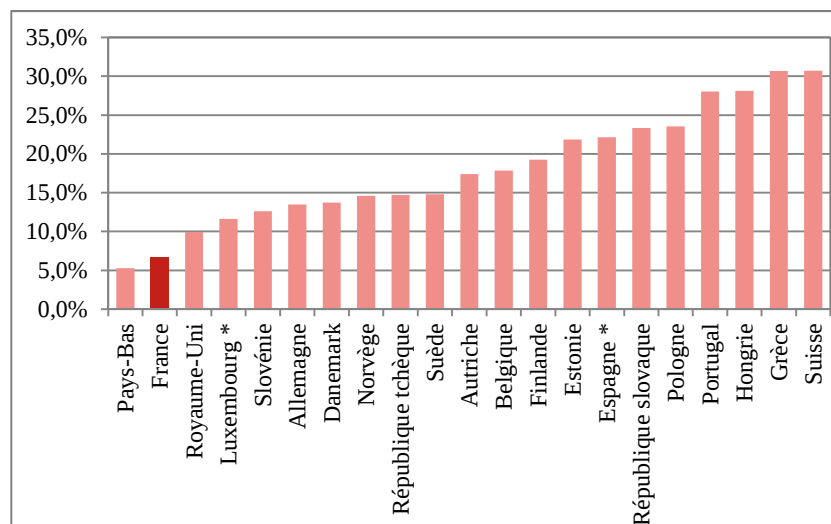
Graphique n° 11 : part des assureurs privés dans le financement des dépenses totales de santé dans les pays européens (2013)



Source : Cour des comptes d'après les données de l'OCDE.

Corrélativement, la part des dépenses de santé financées directement par les ménages, après intervention des couvertures maladie obligatoire de base et complémentaires, a atteint son niveau le plus bas en 2015, soit 8,4 %. En 2013, cette part était la deuxième plus faible (après les Pays-Bas) parmi les pays européens.

Graphique n° 12 : part directe des ménages dans le financement des dépenses totales de santé dans les pays européens¹⁴⁸ (2013)



*2012.

Source : Cour des comptes d'après les données de l'OCDE.

B - Des couvertures complémentaires coûteuses pour les ménages comme pour les finances publiques

Le recours croissant aux assurances complémentaires n'est pas neutre quant à l'effort financier consacré par les ménages à leur santé et au regard des finances publiques. La souscription d'un contrat d'assurance complémentaire santé conduit en effet les assurés ou les employeurs de salariés à acquitter des frais de gestion et des taxes spécifiques. Comme déjà souligné, les contrats « solidaires » et « responsables » bénéficient par ailleurs d'avantages fiscaux et sociaux particuliers.

¹⁴⁸ Au-delà de la CSBM, la dépense totale de santé englobe des dépenses dont le financement n'incombe pas aux ménages : soins aux personnes âgées ou handicapées en établissement, indemnités journalières, coûts de gestion. Aussi, le taux de financement direct des ménages y est-il plus faible que sur le périmètre de la CSBM, d'environ deux points.

1 - Un surcoût significatif et croissant pour les ménages

La souscription d'une couverture santé complémentaire engendre pour les ménages un surcoût pouvant être estimé pour 2014 à 7 Md€ au moins par rapport au montant des dépenses de santé couvertes par ces contrats. Ce surcoût est lié essentiellement aux frais de gestion des organismes complémentaires (6,4 Md€) et, plus marginalement, à l'impact net du traitement fiscal et social des cotisations et primes d'assurance (0,6 Md€). Ce traitement comporte d'une part des avantages fiscaux et sociaux pouvant être évalués à 3,6 Md€ (voir *infra*), auxquels s'ajoutent 0,3 Md€ au titre de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé (ACS) accordée aux ménages modestes dont les ressources dépassent le plafond de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et, d'autre part, un prélèvement social de 4,5 Md€ au titre de la taxe de solidarité additionnelle (TSA).

Les prélèvements obligatoires sur les cotisations et primes d'assurance santé complémentaire

Le niveau net des prélèvements obligatoires que supportent les cotisations et primes d'assurance santé complémentaire a été alourdi de près de 3 Md€ entre 1998 et 2012. Les prélèvements sur le secteur de l'assurance complémentaire en santé affectés au fonds CMU-C pour financer la CMU-C et l'ACS ont été accrus de 1 Md€ en 2009 afin d'augmenter indirectement¹⁴⁹ les recettes de l'assurance maladie. Les taux de la taxe sur les conventions d'assurance applicable aux contrats de santé ont été relevés en 2011, pour un rendement de 2 Md€. Depuis 2016, cette taxe est désormais fusionnée avec les contributions des organismes complémentaires au fonds CMU-C. Compte tenu des hausses de prélèvements et de la diffusion croissante des assurances complémentaires, la nouvelle TSA opère un prélèvement de 4,5 Md€ en 2014, contre moins de 300 M€ en 2000.

¹⁴⁹ Transfert à l'assurance maladie de taxes auparavant affectées au fonds CMU-C et augmentation de la compensation par ce dernier aux organismes gestionnaires de la CMU-C, notamment ceux d'assurance maladie, des dépenses de prestations qu'ils ont prises en charge au titre de la CMU-C.

2 - Un soutien public important ciblé sur les contrats collectifs d'entreprise

Les aides publiques à la souscription d'un contrat d'assurance complémentaire santé peuvent être évaluées à plus de 3,5 Md€¹⁵⁰. Elles concernent très majoritairement, soit pour 3 Md€, les seuls contrats collectifs. Leur souscription bénéficie d'un soutien public net de près de 1 Md€ en 2014 (soit la différence entre 3 Md€ d'avantages fiscaux et sociaux et 2 Md€ de taxation au titre de la TSA), tandis que les contrats individuels sont soumis à un prélèvement net de près de 2 Md€ (2,5 Md€ de TSA contre moins de 600 M€ d'aides publiques).

Le soutien public à la souscription d'assurances complémentaires¹⁵¹

Les cotisations et primes versées au titre des contrats collectifs obligatoires, dès lors que ces derniers respectent les critères des contrats « responsables » et « solidaires », bénéficient d'une exemption de cotisations sociales pour la part financée par l'employeur et d'une déductibilité de l'assiette de l'impôt sur le revenu (IR) pour la part prélevée sur le salaire brut. Au regard d'une assiette de cotisations et primes de 14,4 Md€ (TTC) au titre de ces contrats (2014), dont 54 % à la charge de l'employeur et 46 % à celle du salarié, l'avantage immédiat en termes de cotisations sociales s'élève à 2,4 Md€ et celui en termes d'IR à 0,6 Md€, soit 3,0 Md€ au total. À plus long terme, une partie des cotisations évitées réduit cependant les droits des salariés en matière de retraite. L'avantage social est alors diminué d'au plus 1,6 Md€.

L'avantage fiscal procuré aux travailleurs indépendants qui souscrivent des contrats d'assurance complémentaire a été estimé à 200 M€ par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) en 2013.

Le HCAAM a par ailleurs chiffré à 20 M€ le coût de l'exonération de la taxe sur les conventions d'assurance dont bénéficient les exploitants agricoles pour la souscription d'un contrat d'assurance complémentaire et à 50 M€ les subventions que l'État apporte aux mutuelles référencées pour recueillir les souscriptions des fonctionnaires.

L'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé individuelle (ACS), destinée aux assurés dont les ressources sont comprises entre 1 et 1,35 fois le plafond d'éligibilité à la CMU-C, représente quant à elle un coût de 290 M€.

¹⁵⁰ Compte non tenu de l'exclusion des cotisations et primes des contrats « responsables » et « solidaires » de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3SS) pour les organismes complémentaires. Cet avantage a été chiffré à 50 M€ en 2013 par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM).

¹⁵¹ La plupart des données de ce développement sont issues du rapport « Contribution au rapport au Parlement sur les aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé », IGAS, avril 2016.

3 - Un soutien qui favorise indirectement la progression des dépassements d'honoraires et de tarifs

Le niveau des prises en charge sur dépassements de tarifs, notamment en soins dentaires et en optique, constitue un facteur essentiel de différenciation des offres des organismes complémentaires ainsi qu'un produit d'appel pour la négociation des contrats d'entreprise.

La concentration des aides publiques sur ces contrats, en réduisant le coût à niveau donné de garantie, a pu ainsi favoriser l'élévation des garanties souscrites. Celles-ci ont à leur tour concouru à solvabiliser, pour leurs bénéficiaires, des dépassements croissants, notamment à travers la pratique de l'« ajustement »¹⁵² et contribué ainsi à entretenir les hausses de tarifs par les professionnels de santé.

C - Des effets pervers en termes de mutualisation des risques, une protection incomplète contre les restes à charge

1 - Une solidarité financière de plus en plus limitée entre malades et bien-portants

a) Un effort financier des ménages qui croît fortement avec l'âge, et donc avec le risque de maladie

L'effort financier des ménages pour la couverture des dépenses de santé laissées à leur charge par l'assurance maladie obligatoire agrège leurs dépenses directes et leurs cotisations d'assurance complémentaire. Il dépend donc du niveau des garanties complémentaires (qui déterminent les dépenses laissées à la charge directe des ménages) et du niveau de tarification des contrats. Or, la tarification des contrats complémentaires, à niveau de garantie égal, conduit à des inégalités significatives entre assurés, selon qu'ils ont accès ou non à des contrats collectifs obligatoires d'entreprise, c'est-à-dire selon leur statut face à l'emploi.

¹⁵² Cette pratique consiste, par exemple pour un distributeur en optique ou en audio-prothèses, à orienter le client vers le produit dont le prix correspond au maximum de remboursement prévu par son contrat complémentaire.

La DREES estime ainsi que les contrats individuels comportent en moyenne des cotisations supérieures de plus de 15 % à celles des contrats collectifs, à niveau de garantie et risque égal¹⁵³. Cet écart rend compte à la fois de frais de gestion (publicité, démarchage) plus élevés pour les contrats individuels, mais aussi des efforts commerciaux consentis par les organismes complémentaires en faveur des contrats collectifs¹⁵⁴. Ses effets sont amplifiés par le ciblage du soutien public sur les contrats collectifs : en 2014, ces derniers concentraient entre 70 % et 85 % des aides publiques, alors qu'ils ne représentaient que 44 % de la masse des cotisations et primes.

Les contrats individuels sont par ailleurs majoritairement tarifés en fonction de l'âge du souscripteur, qui constitue une variable fortement corrélée au risque de reste à charge élevé.

Tableau n° 50 : cotisation ou prime moyenne des contrats d'assurance complémentaire selon l'âge du souscripteur (2013)

En euros par mois

Niveau de couverture du contrat	A (le plus couvrant)	B	C	D	E (le moins couvrant)	Ensemble des contrats
Tarif à 20 ans des contrats individuels	37	43	33	33	30	33
Tarif à 40 ans des contrats individuels	60	67	51	50	44	51
Tarif à 60 ans des contrats individuels	94	99	74	76	68	76
Tarif à 75 ans des contrats individuels	131	139	84	104	91	95
Tarif des contrats individuels ne dépendant pas de l'âge	82	115	59	72	18	42
Tarif des contrats collectifs*	90	53	57	66	35	70

*Y compris éventuelle part employeur.

Source : DREES, enquête statistique 2013 auprès des organismes complémentaires.

¹⁵³ DREES, Études et Résultats n° 789 (février 2012) sur les contrats les plus souscrits en 2009. Le risque est ici entendu comme l'âge du souscripteur, en cas de contrat individuel, ou l'âge moyen des souscripteurs, au sein d'un contrat collectif.

¹⁵⁴ En 2014, les contrats collectifs pris ensemble ont ainsi engendré une perte de 580 M€ pour les organismes complémentaires (soit 3,8 % des cotisations et primes), tandis que les contrats individuels ont dégagé un excédent de 875 M€ (soit 4,4 % des cotisations et primes).

Or, la majorité des personnes âgées de plus de 65 ans n'a accès qu'à des contrats individuels¹⁵⁵. Elles font alors face, selon leur tranche d'âge, à des niveaux de cotisations ou de primes de plus en plus élevés.

Les modalités de tarification des contrats complémentaires conduisent ainsi à faire peser un effort contributif, en valeur absolue comme rapporté au revenu disponible, relativement plus élevé sur les assurés présentant statistiquement les risques de restes à charge les plus importants. Ce faisant, elles incitent ces derniers à réduire le niveau de leurs garanties, notamment s'agissant des dépassements de tarifs, et donc à accroître leur risque individuel de restes à charge élevés après assurance maladie obligatoire et assurance complémentaire.

Tableau n° 51 : poids des cotisations et primes et des restes à charge moyens sur revenu disponible par tranche d'âge

En %

	Cotisation ou prime d'assurance complémentaire* (1)	Reste à charge moyen après assurance maladie complémentaire (2)	Effort financier (1)+(2)
Assurés de 26 à 45 ans	2,9	0,6	3,5
Assurés de 46 à 55 ans	2,8	0,8	3,6
Assurés de 56 à 65 ans non retraités	2,8	0,9	3,7
Assurés de 56 à 65 ans retraités	3,7	1,2	4,9
Assurés de 66 à 75 ans	4,3	1,4	5,7
Plus de 75 ans	5,1	1,6	6,7

*Y compris éventuelle part employeur.

Source : Cour des comptes d'après les données de la DREES issues du modèle OMAR-Ines 2012 (y compris ménages bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS).

¹⁵⁵ Pensionnés ne bénéficiant pas du dispositif « Évin » de maintien des garanties liées au dernier contrat de travail à un prix plafonné à 150 % de celui appliqué aux salariés actifs dans l'entreprise au titre des parts employeur et salarié.

L'effort financier des assurés, qui rapporte la somme des cotisations et primes complémentaires et des restes à charge après assurance maladie obligatoire au revenu disponible¹⁵⁶, croît ainsi significativement avec l'âge.

b) Un risque de segmentation accru avec la généralisation de la couverture complémentaire d'entreprise

L'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 et la traduction qui en a été donnée dans la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi visent à faire basculer quelques 4 millions de salariés d'un contrat d'assurance complémentaire santé individuel à un contrat collectif d'entreprise cofinancé par l'employeur (à hauteur de la moitié au moins de la cotisation ou de la prime).

Ce basculement, en faisant passer des assurés plutôt jeunes d'une couverture individuelle à une couverture collective, pourrait augmenter l'âge moyen des souscripteurs de contrats individuels, c'est-à-dire leur profil de risque, et accroître ainsi l'écart de coût moyen entre contrat individuel et contrat collectif. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a prévu à cet égard la mise en œuvre d'une procédure de labellisation des contrats d'assurance complémentaire individuels pour les plus de 64 ans afin d'atténuer les incidences de la généralisation sur le niveau des cotisations et primes supportées par les assurés les plus âgés. Une partie de la baisse de leur montant serait cependant liée à la mise en place d'un crédit d'impôt, correspondant à 1 % de la cotisation ou de la prime¹⁵⁷ et attribué sans condition de ressources.

¹⁵⁶ Le revenu disponible, net des prélèvements sociaux, prend par conséquent en compte le fait que les retraites sont exonérées ou supportent un taux de CSG réduit par rapport à celui applicable aux revenus d'activité.

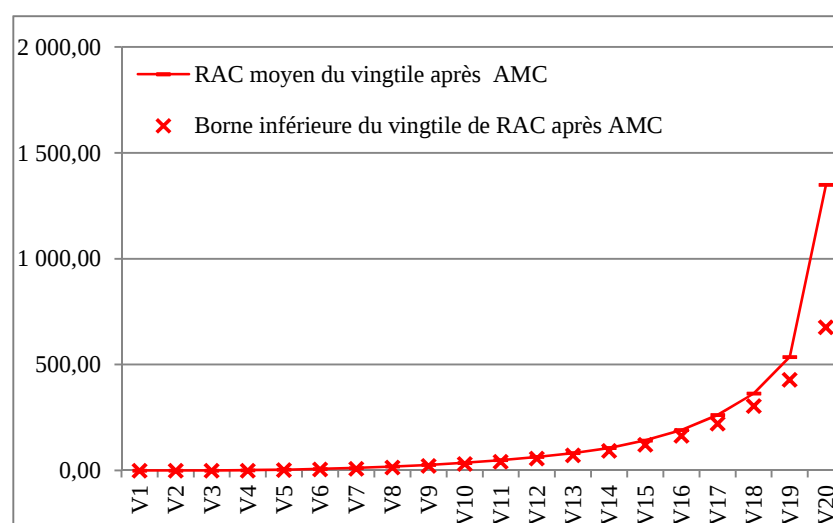
¹⁵⁷ Par une réduction de 1 point du taux de la TSA (qui s'élève à 13,27 % pour les contrats responsables), équivalent environ à 10 € par an, aux niveaux moyens atteints aujourd'hui par les cotisations et primes versées par les plus de 65 ans pour leur assurance complémentaire santé.

2 - La persistance de restes à charge importants même après intervention d'une assurance complémentaire

L'intervention des assurances complémentaires n'empêche pas l'occurrence de restes à charge élevés.

Le taux de couverture par les organismes complémentaires des restes à charge demeurant après assurance maladie obligatoire est décroissant avec le niveau initial de ces derniers. Ce phénomène est notamment lié à une plus forte proportion des dépassements au sein des restes à charge les plus élevés, ces dépassements étant en moyenne moins bien couverts par les organismes complémentaires que les restes à charge sur dépense opposable. Selon la DREES, 5 % des assurés avaient en 2012 un reste à charge supérieur à 670 € par an après assurance maladie complémentaire, dont le montant moyen s'élevait à plus de 1 300 €.

Graphique n° 13 : distribution des restes à charge après assurance maladie complémentaire



Note de lecture : V20 (dernier vingtile) correspond aux 5 % d'assurés ayant les restes à charge annuels les plus élevés après assurance maladie complémentaire.

Source : Cour des comptes d'après les données de la DREES issues du modèle OMAR-Ines 2012.

*
**

Le recours croissant des assurés sociaux aux assurances complémentaires santé pour couvrir leurs restes à charge après assurance maladie obligatoire engendre des surcoûts significatifs pour les ménages eux-mêmes comme pour les finances publiques, tout en laissant des sommes parfois importantes à leur charge directe. Les conditions financières d'accès à ces couvertures complémentaires, compte tenu notamment du ciblage des aides publiques sur les contrats collectifs d'entreprise, sont très hétérogènes, au détriment notamment des contrats individuels. Les modes de tarification des organismes complémentaires désavantagent en particulier les personnes les plus âgées.

III - Un système de prises en charge à réexaminer

L'érosion masquée des niveaux de remboursement des dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire et l'accroissement des écarts de traitement qu'ils entraînent entre catégories d'assurés compromettent, sans que ces évolutions soient clairement perçues, la capacité de la sécurité sociale à assurer une protection suffisante et équitable contre le risque de la maladie.

Par nature, les couvertures complémentaires, qui mutualisent le risque dans le cadre étroit des populations de souscripteurs des différents contrats d'assurance, ne sont pas susceptibles de pallier les défauts de la protection procurée par l'assurance maladie obligatoire. Le *statu quo* conduirait ainsi à se résigner à un affaiblissement insidieux des principes fondamentaux de solidarité sur lesquels a été fondée la sécurité sociale.

Rehausser le niveau et la qualité de la protection offerte par l'assurance maladie obligatoire et par les assurances complémentaires nécessite de fait des évolutions importantes. Différents scénarios sont envisageables, selon l'ampleur des améliorations qu'il peut être souhaité d'apporter à la situation actuelle, la nature des champs d'intervention privilégiés et la profondeur des horizons temporels visés. À titre illustratif, trois familles de scénarios ont été plus spécifiquement analysées par la Cour : la première porte sur l'amélioration de l'accessibilité financière des soins dans le cadre actuel, la seconde redéfinit à moyen terme les domaines d'intervention respectifs de l'assurance maladie obligatoire et des assurances complémentaires, la troisième, à plus long terme, envisage une refonte du système de prise en charge des dépenses de santé avec l'instauration d'un plafonnement des restes à charge par l'assurance maladie obligatoire.

A - Le scénario de l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins dans le cadre actuel

Sans remettre en cause les périmètres d'intervention respectifs de l'assurance maladie obligatoire et des assurances complémentaires, l'effort prioritaire et indispensable à conduire consiste dans une maîtrise beaucoup plus rigoureuse et plus active de la dépense de santé elle-même. Ainsi que la Cour l'illustre chaque année dans ses différents rapports sur la sécurité sociale, les marges d'efficience et d'économies sont considérables dans différents secteurs du système de soins, dans un contexte où la France se distingue par un taux des dépenses de santé par rapport au PIB parmi les plus élevées au monde (10,9 % en 2013¹⁵⁸) et n'est dépassée que par l'Allemagne, la Suède, la Suisse, les Pays-Bas et les États-Unis¹⁵⁹.

Plusieurs pistes d'évolution pourraient être envisagées par ailleurs afin de réduire les écarts de traitement entre assurés sociaux à niveau identique de dépenses, de limiter les risques de restes à charge trop élevés et d'accroître la solidarité financière entre les assurés.

1 - La réduction des inégalités de traitement dans les prises en charge de l'assurance maladie obligatoire

Sans bouleverser le système de prise en charge des dépenses de santé, des évolutions pourraient être engagées afin de le simplifier et traiter de manière plus équitable les assurés à niveau identique de dépenses opposables, en réduisant l'hétérogénéité des règles de participations financières suivant les types de soins ou les catégories d'assurés.

¹⁵⁸ Les dépenses de santé en comparaisons internationales ont un périmètre plus large que la consommation totale de soins et biens médicaux (voir note 229 *infra*).

¹⁵⁹ Cf. rapport de la DREES sur les dépenses de santé en 2014 (édition 2015).

a) Une harmonisation des assiettes des tickets modérateurs à l'hôpital à coût constant pour l'assurance maladie

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a repoussé à 2020 le basculement de l'assiette des tickets modérateurs à l'hôpital public des tarifs journaliers de prestations sur les tarifs nationaux des groupes homogènes de soins (GHS), faisant ainsi perdurer des écarts de coût de 1 à 10 au titre d'un même type de séjour en fonction de l'établissement dans lequel les patients sont hospitalisés.

Cette réforme est appelée à s'inscrire dans un cadre de stricte neutralité financière pour l'assurance maladie obligatoire. Suivant l'estimation de la DGOS, le passage aux tarifs des GHS réduirait en effet de 1 Md€ le rendement global des tickets modérateurs à l'hôpital. Dès lors que ces derniers sont le plus souvent pris en charge par les organismes complémentaires, cette harmonisation progressive des tickets modérateurs entre tous les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, devrait s'accompagner notamment de mesures de transfert des assurances complémentaires vers l'assurance maladie obligatoire. Par ailleurs, les transferts de ressources entre établissements qui en résulteraient appellent nécessairement des mesures de transition. Cette réforme est ainsi à engager rapidement sans attendre l'horizon 2020.

b) Réexaminer les règles spécifiques de prise en charge des dépenses de santé propres à certains régimes spéciaux de sécurité sociale

L'intégration financière de l'ensemble des régimes d'assurance maladie au régime général à partir de 2016 pourrait conduire à repenser, sous l'angle de l'équité, la question des exonérations totales ou partielles de ticket modérateur propres à certains régimes spéciaux (voir *supra*). À tout le moins, il conviendrait d'assurer, dans les annexes aux projets annuels de loi de financement de la sécurité sociale, une transparence des coûts spécifiques liés à ces règles dérogatoires.

2 - Le déploiement d'outils visant à limiter les dépassements d'honoraires et de tarifs

Dans les secteurs à liberté tarifaire, une maîtrise accrue des restes à charge devrait reposer prioritairement sur la recherche d'une limitation de la dépense de santé elle-même. À cette fin, un encadrement accru des niveaux de prise en charge complémentaire et, plus directement, des niveaux de dépassements d'honoraires, devrait être envisagé.

a) L'encadrement des niveaux de couverture complémentaire par les contrats « responsables »

À l'instar des plafonds de prise en charge déjà prévus, pour les contrats « responsables », en matière de dépassement d'honoraires par les médecins et d'équipement optique, les principaux secteurs à liberté tarifaire pourraient tous faire l'objet d'une limitation des niveaux de remboursement par les assurances complémentaires santé, en contrepartie de l'application à celles-ci du taux réduit de la taxe de solidarité additionnelle (13,27 % contre 20,27 % pour les autres contrats).

Ce plafonnement des garanties d'assurance devrait intervenir en priorité dans deux secteurs : les soins dentaires prothétiques et orthodontiques, pour lesquels la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 l'a d'ores et déjà autorisé, et, comme la Cour l'a déjà recommandé¹⁶⁰, les prothèses auditives.

L'intervention des pouvoirs publics constituerait au demeurant une incitation supplémentaire au développement par les organismes complémentaires des réseaux de soins, qui favorisent la modération des tarifs pratiqués par les professionnels de santé.

b) L'encadrement des dépassements d'honoraires

Les mesures prises jusqu'à présent pour limiter les dépassements d'honoraires par les médecins du secteur 2, de nature contractuelle, se sont essentiellement traduites par des transferts de financement entre ménages et assurance maladie : la maîtrise des dépassements a en effet donné lieu à des contreparties en termes de majorations des tarifs opposables et de prise en charge des cotisations sociales par l'assurance maladie¹⁶¹. La création du contrat d'accès aux soins, visant à limiter le niveau des dépassements pratiqués par leur signataire, s'il a eu un certain effet de modération dans la période récente, s'est également accompagnée de l'autorisation donnée aux médecins signataires de secteur 1 de

¹⁶⁰ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2015*, chapitre XIV : la prise en charge par les organismes de protection sociale de l'optique correctrice et des audioprothèses, p. 393-420, La Documentation française, septembre 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁶¹ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre VIII : les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficience de la dépense, p. 231-256, La Documentation française, septembre 2014, disponible sur www.ccomptes.fr.

pratiquer des dépassements d'honoraires dans les mêmes conditions que les médecins de secteur 2 signataires de ce contrat¹⁶².

Parallèlement, les pouvoirs publics se sont privés d'un levier de maîtrise des restes à charge sur les soins bucco-dentaires en supprimant les tarifs limites des actes prothétiques les plus fréquents, tandis que les mesures de revalorisation des actes conservateurs n'ont pas conduit les chirurgiens-dentistes à réduire les niveaux de leurs dépassements sur les soins prothétiques¹⁶³. Un encadrement plus contraignant des taux de dépassement pourrait emprunter plusieurs voies possibles, comme la réintroduction de tarifs-limites pour les soins prothétiques dentaires ou l'extension des contrats d'accès aux soins institués pour les centres de santé dentaires aux chirurgiens-dentistes exerçant en cabinet libéral.

Pour l'ensemble des praticiens, les dépassements excessifs devraient être sanctionnés de manière plus systématique, en particulier sous la forme d'un déconventionnement temporaire ou définitif.

3 - La réduction des inégalités dans les conditions financières d'accès aux couvertures complémentaires

La segmentation des risques en vue de les tarifier de manière distincte est au cœur des principes assurantiels. Afin de ne pas pénaliser l'accès aux soins des personnes à l'état de santé dégradé, les pouvoirs publics ont cherché à limiter la sélection des assurés par les assurances complémentaires en encourageant la souscription de contrats « solidaires », pour lesquels l'assureur ne peut recueillir aucune information *a priori* sur l'état de santé du souscripteur.

Cependant, la tarification des contrats d'assurance complémentaire intègre une partie du risque statistique propre à leurs souscripteurs en prenant en compte leur âge (s'agissant des contrats souscrits à titre individuel, ou bien la moyenne d'âge au sein de l'entreprise pour les contrats collectifs) et les résultats de l'auto-distribution des souscripteurs en fonction des natures et niveaux de garanties qui leur sont proposés. En affichant leurs préférences, les souscripteurs de contrats d'assurance dévoilent en effet une partie des caractéristiques de leur état de santé. Les possibilités de segmentation tarifaire des contrats qui en résultent ont notamment pour effet de renchérir le coût d'accès à une couverture complémentaire de qualité au-delà d'un certain âge (voir *supra*).

¹⁶² Les médecins de secteur 1 représentaient fin 2015 près d'un tiers des signataires de contrats d'accès aux soins.

¹⁶³ Voir le chapitre VI du présent rapport : les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder.

La labellisation des contrats d'assurance complémentaire souscrits à titre individuel par les personnes de plus de 64 ans prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 vise à atténuer les incidences financières possibles sur cette population de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. Sous réserve de son effectivité¹⁶⁴, l'impact de cette mesure, retenue en lieu et place de la sélection des contrats initialement proposée par le gouvernement sur le modèle de celle pratiquée avec succès pour l'ACS, devra être apprécié à l'aune de l'évolution des cotisations et primes supportées par les retraités.

Toutefois, la segmentation croissante des souscripteurs de contrats d'assurance complémentaire santé entre de multiples compartiments de risques et de niveaux d'aides publiques est de nature à accentuer les écarts de tarification.

a) Un ciblage des aides publiques à reconsidérer

Des dispositifs distincts d'aides publiques à la couverture complémentaire santé s'appliquent en fonction des populations concernées : salariés du secteur privé, travailleurs indépendants, exploitants agricoles, agents de l'État, des collectivités territoriales et des hôpitaux, ménages aux revenus modestes (CMU-C et ACS) et désormais assurés de plus de 64 ans.

L'intensité du soutien public est de fait très inégale entre ces différentes populations (voir *supra*) et ne tient en particulier pas compte des niveaux relatifs de tarification pratiqués par les organismes complémentaires en fonction de la typologie des souscripteurs, à niveau identique de garanties. La Cour a déjà eu l'occasion, en 2011, de s'interroger sur la pertinence du ciblage de ces avantages¹⁶⁵. Au regard de

¹⁶⁴ L'échec de la labellisation des contrats souscrits par les titulaires de l'ACS a conduit à l'instauration d'une procédure de sélection des contrats destinés à cette autre population (loi de financement de la sécurité sociale pour 2014), appliquée pour la première fois en 2015. Voir Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2015*, chapitre XII : l'accès aux soins des ménages défavorisés : un bilan en demi-teinte, une action à mieux cibler, septembre 2015, La Documentation française, septembre 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁶⁵ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre XI : les aides publiques au financement de la couverture maladie complémentaire, La Documentation française, septembre 2011, disponible sur www.ccomptes.fr.

ces constats, une réorientation des aides publiques devrait être étudiée, en direction notamment des contrats d'assurance souscrits par les assurés présentant, du point de vue des organismes complémentaires, les risques les plus élevés.

b) L'hypothèse d'une couverture complémentaire obligatoire pour la totalité de la population

La généralisation de la couverture complémentaire santé engagée par les pouvoirs publics demeure en tout état de cause à ce jour inaboutie, malgré son caractère déterminant pour l'accès aux soins : entre 3 % et 4 % de la population demeure non couverte à l'issue de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise.

Cette généralisation a été au demeurant opérée en juxtaposant des dispositifs distincts obéissant à des logiques différentes : dispositif public se substituant très majoritairement à l'assurance privée (CMU-C), subvention individuelle à un nombre limitatif de contrats individuels d'assurance (ACS), référencement de contrats individuels (fonctionnaires), labellisation de contrats individuels (personnes âgées de plus de 64 ans), socles de garanties et de financement par les employeurs fortement subventionnés (complémentaires santé d'entreprise pour les salariés), plafonnement de la hausse des garanties pour les anciens salariés (dispositif « Évin »), déduction fiscale des primes et cotisations des travailleurs indépendants (dispositif « Madelin »).

N'est cependant pas couverte par un dispositif particulier une catégorie qui présente un profil généralement fragile sur un plan social : les inactifs en âge de travailler, notamment les chômeurs de longue durée, dont les ressources excèdent le plafond de ressources de l'ACS.

En outre, cette juxtaposition de dispositifs ne conduit pas à mutualiser suffisamment les risques entre les assurés sociaux pris dans leur ensemble. Lorsque la couverture santé est assurée par une pluralité d'organismes en concurrence, une telle mutualisation ne peut en réalité s'opérer qu'à la condition d'imposer une obligation d'affiliation et de décourager la sélection des risques. L'Allemagne et les Pays-Bas mettent en œuvre des dispositifs de cette nature pour leur assurance maladie de base organisée dans un cadre concurrentiel.

La mutualisation des risques en Allemagne et aux Pays-Bas

La question de la sélection des risques, et les problèmes qu'elle soulève en termes d'égalité des conditions financières d'accès à l'assurance des risques maladie, a donné lieu à des solutions similaires en Allemagne et aux Pays-Bas. Dans les deux cas, il s'agissait de décourager cette sélection par des caisses d'assurance en concurrence entre elles pour gérer la couverture maladie de base et recueillir l'affiliation des assurés.

Les caisses doivent proposer des tarifs uniques portant sur des contrats aux garanties standardisées. En contrepartie, une péréquation financière est mise en œuvre entre caisses. Les transferts sont fonction du portefeuille de risque de chacune d'elles et, notamment, de l'âge moyen des souscripteurs.

Le caractère obligatoire de l'affiliation à une caisse d'assurance pour l'ensemble de la population maximise l'effet de mutualisation au bénéfice des assurés ayant un risque de santé élevé.

Appliquer aux couvertures complémentaires françaises les solutions retenues en Allemagne et aux Pays-Bas conduirait à créer un régime complémentaire santé à caractère obligatoire. Un régime de cette nature comporterait des analogies avec les régimes de retraite complémentaire des salariés : la péréquation financière à mettre en œuvre entre les organismes complémentaires jouerait un rôle identique à la solidarité financière entre l'ensemble des institutions de retraite complémentaire gestionnaires des régimes AGIRC et ARRCO.

Bien qu'obligatoire pour l'ensemble de la population, un tel régime ne serait pas *ipso facto* requalifié en tant qu'administration publique en comptabilité nationale¹⁶⁶. En effet, les assurés sociaux conserveraient le choix de leur organisme d'assurance et le marché de l'assurance complémentaire demeurerait ouvert à une pluralité d'opérateurs. De surcroît, il pourrait être envisagé d'instaurer non un régime complémentaire unique, mais plusieurs niveaux de garanties comprises dans un éventail relativement étroit.

En tout état de cause, la généralisation de la couverture complémentaire santé à l'ensemble de la population accentuerait l'interrogation qui s'attache à l'efficacité du système mixte en vigueur de

¹⁶⁶ Une requalification conduirait à afficher en dépenses publiques et en prélèvements obligatoires les remboursements de dépenses de santé effectués par les organismes complémentaires et les primes et cotisations versés à ces derniers par les assurés et par les employeurs de salariés, avec un impact voisin de 25 Md€, soit 1,2 point de PIB.

couverture à deux étages - assurance maladie obligatoire et assurances complémentaires subventionnées - des mêmes dépenses de santé exposées par les assurés sociaux. En effet, ce système consiste en une prise en charge quasi intégrale des participations financières demandées aux assurés sociaux dans la limite des tarifs opposables de l'assurance maladie, pour un coût de gestion dédoublé par rapport à celui des seuls organismes d'assurance maladie. Ce dernier inconvénient disparaîtrait dans l'éventualité où l'assurance maladie et les assureurs complémentaires cesseraient de prendre en charge le même « panier de soins », mais des « paniers » distincts, comme examiné ci-après.

B - Le scénario de décroisement des responsabilités et des financements entre assurance maladie obligatoire et assurances complémentaires

Dans une approche plus large et de moyen terme, le champ d'intervention de l'assurance maladie obligatoire pourrait être réexaminé. L'assurance maladie et les assurances complémentaires interviennent en effet conjointement sur un « panier de soins » remboursables souvent plus large que dans les autres pays européens.

Pour l'assurance maladie obligatoire, l'objectif pourrait consister, en resserrant le « panier de soins » remboursables, à réinvestir dans les domaines les plus essentiels et à mieux financer le progrès médical. Alors qu'un désengagement rampant de l'assurance maladie est à l'œuvre depuis plusieurs années, des choix clairs de domaines d'intervention qui ne seraient plus intriqués avec ceux des assurances complémentaires permettraient d'améliorer l'équité financière dans l'accès aux soins.

Pour les assurances complémentaires, ce décroisement de financements leur permettrait d'exercer des responsabilités au premier euro sur des champs d'intervention clarifiés, ce qui leur donnerait les moyens de développer une véritable gestion des risques.

1 - Une amélioration à rechercher des taux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire sur un périmètre plus resserré

Plusieurs pays européens ont fait le choix d'un pilotage plus dynamique du « panier de soins » remboursables par l'assurance maladie obligatoire qui aboutit à un champ plus resserré qu'en France. L'Allemagne a notamment sorti du périmètre de la prise en charge de l'assurance légale, depuis 2003, les dépenses d'optique pour les plus de 18 ans, les prothèses dentaires, les médicaments sans ordonnance et une

partie des transports sanitaires. En revanche, pour les dépenses remboursées les taux de remboursement y sont nettement supérieurs à ceux de l'assurance maladie en France : ainsi les honoraires médicaux sont remboursés à 95,3 % contre 71 % en France et les médicaments à 94,5 % contre 76,4 %¹⁶⁷.

De fait, l'efficacité de la dépense publique de santé pourrait être renforcée par une définition plus resserrée du « panier de soins », en l'adaptant régulièrement aux résultats des évaluations médico-économiques ainsi qu'au progrès technique et à l'apparition de nouveaux traitements.

Dans ce cadre, la question du maintien d'une prise en charge pour les médicaments à service médical rendu faible aujourd'hui remboursés à 15 % (soit plus de 150 M€) pourrait être en particulier posée. Ce réexamen pourrait plus largement être étendu aux catégories de dépenses pour lesquelles l'intervention de l'assurance maladie est devenue très minoritaire et sa capacité de régulation très réduite, comme la Cour en a déjà évoqué l'éventualité en matière d'optique correctrice¹⁶⁸, dans le contexte alors d'un nouveau partage des rôles entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire (voir *infra*). Plusieurs pays européens ont de fait exclu tout ou partie de l'optique du « panier de soins » remboursables par l'assurance maladie obligatoire : l'optique pour les plus de 18 ans n'est pas remboursée en Allemagne, toute l'optique est exclue du « panier de soins » aux Pays-Bas et seules certains types de correction sont pris en charge en Belgique et au Royaume-Uni.

S'agissant des soins dentaires, le système de prise en charge se caractérise par un taux de participation de l'assurance maladie obligatoire fortement décroissant avec le prix des actes : les soins conservateurs sont ainsi pris en charge à plus de 70 %, tandis que les soins prothétiques ne le sont en moyenne qu'à 18 %. Une réarticulation des interventions respectives de l'assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires pourrait être recherchée selon des critères combinant types de soins et catégories d'assurés¹⁶⁹.

¹⁶⁷ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2015*, chapitre XVI : les systèmes d'assurance maladie en France et en Allemagne, p.589-634, La Documentation française, septembre 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁶⁸ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2015*, chapitre XIV : la prise en charge par les organismes de protection sociale de l'optique correctrice et des audioprothèses, La Documentation française, septembre 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁶⁹ Voir le chapitre VI du présent rapport : les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder.

La question pourrait aussi se poser de confier aux organismes complémentaires le financement d'une partie des transports sanitaires, comme en Allemagne, voire de certaines cures thermales.

Sur un « panier de soins » remboursables resserré, à dépenses publiques constantes, le niveau de prise en charge de certains soins pourrait être réévalué. Un tel mouvement de décroisement des financements induirait en effet des transferts vers les organismes complémentaires qui pourraient atteindre des montants significatifs, en fonction des champs de dépenses retenus¹⁷⁰. Il conviendrait alors d'étudier les moyens de neutraliser ces transferts pour l'assurance maladie obligatoire comme pour les assurances complémentaires, notamment par une hausse des taux de prise en charge de l'assurance maladie sur le « panier de soins » remboursables ainsi réduit : par exemple sur les actes de prévention et les soins conservateurs dentaires¹⁷¹. Dans ce cadre, le maintien des tickets modérateurs à l'hôpital pourrait être reconsidéré.

La suppression des tickets modérateurs à l'hôpital

Une hospitalisation étant rarement choisie, les tickets modérateurs à l'hôpital ne peuvent pas avoir pour fonction de freiner la consommation de soins hospitaliers. Leur suppression ne remettrait pas en cause la responsabilisation financière des patients sur leur demande de soins. En revanche, elle résoudrait de fait les problèmes d'équité que posent aujourd'hui leurs modalités de calcul (voir *supra*).

À masse de dépenses publiques constante, et à titre illustratif, la suppression des tickets modérateurs et participations forfaitaires à l'hôpital (y compris en soins de suite et réadaptation et psychiatrie), soit un montant de près de 3,8 Md€, pourrait être financée par l'instauration d'une franchise globale d'environ 60 € sur les dépenses de soins de ville (au-delà de toutes les participations déjà existantes).

Cependant, cette suppression pourrait aussi être considérée dans le cadre d'un resserrement du « panier de soins » remboursables et des décroissements de financement entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires. En se désengageant de certaines dépenses, l'assurance maladie pourrait trouver des marges de manœuvre à cet effet.

¹⁷⁰ À titre d'illustration, les prises en charge de l'assurance maladie obligatoire s'élèvent aujourd'hui à 300 M€ au titre de l'optique et des audio-prothèses, 940 M€ au titre des soins prothétiques dentaires, 4,1 Md€ au titre des transports sanitaires, plus de 250 M€ au titre des cures thermales.

¹⁷¹ Voir le chapitre VI du présent rapport : les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, des prises en charge à refonder.

2 - Une responsabilité des organismes complémentaires à renforcer dans la gestion des risques sur les secteurs dont l'assurance maladie se désengagerait

Sur les secteurs transférés par l'assurance maladie, les organismes complémentaires deviendraient seuls financeurs au premier euro et seuls responsables de la gestion des risques et de la maîtrise de la dépense. Le décroisement des financements implique en effet nécessairement la clarification de responsabilités aujourd'hui brouillées entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires au détriment de la lisibilité du système de soins et de son accessibilité financière.

Dans ce nouveau contexte, le rôle et les compétences de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM)¹⁷² devraient être très substantiellement redéfinis. Alors que celle-ci n'a pas su trouver la place que la loi de 2004 entendait lui donner dans la négociation des conventions avec les professions libérales de santé¹⁷³, elle devrait être reconnue pleinement comme un acteur à part entière de la régulation du système de soins.

À ce titre, elle devrait notamment recevoir complète autorité pour négocier avec les professionnels de santé, dans les secteurs où l'assurance maladie obligatoire n'interviendrait plus, les accords à même de permettre d'optimiser les dépenses en termes de pilotage des rémunérations, d'accès et d'organisation des soins et de maîtrise médicalisée des dépenses. À cette fin, elle devrait pouvoir accéder, dans des conditions strictement définies, aux données pertinentes du système national inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM)¹⁷⁴,

¹⁷² L'UNOCAM, créée sous forme associative en 2005 à la suite de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie qui en prévoyait la mise en place, fédère les trois grands types d'organismes complémentaires : mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance.

¹⁷³ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre VIII : les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficacité de la dépense, p. 231-256, La Documentation française, septembre 2014, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁷⁴ Sur le SNIIRAM, voir Cour des comptes, *Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale*, Les données personnelles de santé gérées par l'assurance maladie : une utilisation à développer, une sécurité à renforcer, mars 2016, disponible sur www.ccomptes.fr.

C - Le scénario d'une refondation des modalités de prise en charge de l'assurance maladie obligatoire

À un horizon de plus long terme, une refonte beaucoup plus large des modalités de prise en charge de l'assurance maladie obligatoire pourrait être envisagée pour renforcer durablement le degré de protection des assurés contre le risque maladie. Elle consisterait à supprimer le risque de reste à charge élevé après assurance maladie obligatoire en instaurant un plafonnement de ces restes à charge, à l'instar de nombreux pays européens (Allemagne, Autriche, Belgique, Pays-Bas, Norvège, Suède et Suisse).

1 - Un plafonnement des restes à charge dans le cadre même de l'assurance maladie obligatoire

Le mouvement de généralisation des couvertures complémentaires et les nouveaux critères définissant les contrats « responsables » visent à réduire pour les assurés les risques de reste à charge trop élevé sur dépenses opposables (hors dépassements). Cependant, si l'hétérogénéité des conditions financières d'accès aux couvertures complémentaires ne trouvait pas de solution satisfaisante (voir *supra*), les personnes les plus à risque, en fonction de leur âge, continueraient à supporter un effort financier élevé pour se protéger convenablement.

Plafonner les restes à charge par une prise en charge à 100 % au-delà d'un certain seuil de dépense individuelle, permettrait en revanche de couvrir les risques de reste à charge élevé dans le cadre fortement mutualisé de l'assurance maladie obligatoire.

Plusieurs modes de définition d'un tel plafond sont envisageables, comme le montrent les exemples des pays étrangers qui ont mis en œuvre un tel dispositif. Il peut en effet s'agir d'un plafond en valeur absolue (cas des Pays-Bas) ou d'un plafond fixé en fonction des revenus de l'assuré (cas de l'Allemagne ou de la Belgique). La modalité de fixation du plafond peut en outre être identique pour toutes les catégories d'assurés ou différenciée selon les patients (cas des malades chroniques en Allemagne, pour lesquels le plafond est abaissé de 2 à 1 % du revenu).

La neutralité financière d'une telle réforme sur l'assurance maladie supposerait en tout état de cause, en contrepartie de l'instauration du plafonnement des restes à charge, d'augmenter les participations financières des ménages en deçà du plafond retenu. Cette augmentation pourrait emprunter plusieurs voies. L'une d'elles pourrait consister à augmenter le niveau des taux de tickets modérateurs de droit commun, sans remettre en cause les exonérations existantes. Une autre voie viserait à accroître le rendement des tickets modérateurs par la suppression des exonérations, notamment celles bénéficiant aux patients en affection de longue durée, comme l'hypothèse en a été avancée par la direction générale du Trésor¹⁷⁵. Une autre possibilité serait d'instaurer une franchise générale sur les premières dépenses : jusqu'à un certain seuil, les assurés financeraient intégralement leurs dépenses de santé, comme notamment aux Pays-Bas.

Ces pistes ne sont du reste pas exclusives les unes des autres. Selon le niveau de plafond envisagé, de nombreuses combinaisons sont possibles, à dépenses publiques constantes, associant taux de ticket modérateur, niveau de franchise et remise en cause éventuelle des exonérations.

2 - Des effets redistributifs à prendre attentivement en considération

Pour illustrer certains des enjeux attachés au choix des paramètres d'une telle réforme, et uniquement sur les soins de ville, la Cour a simulé, à partir des données statistiques fournies par la CNAMTS sur la base de l'échantillon général des bénéficiaires 2013¹⁷⁶, différentes hypothèses de plafond, et de modalités de son financement, à masse financière inchangée de restes à charge.

¹⁷⁵ Lettre Trésor-Éco n° 145 d'avril 2015 « *Quel avenir pour le dispositif de prise en charge des affections de longue durée (ALD) ?* ».

¹⁷⁶ L'échantillon général des bénéficiaires (EGB) est un extrait au 1/10^{ème} (soit 600 000 personnes) du Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (SNIIRAM).

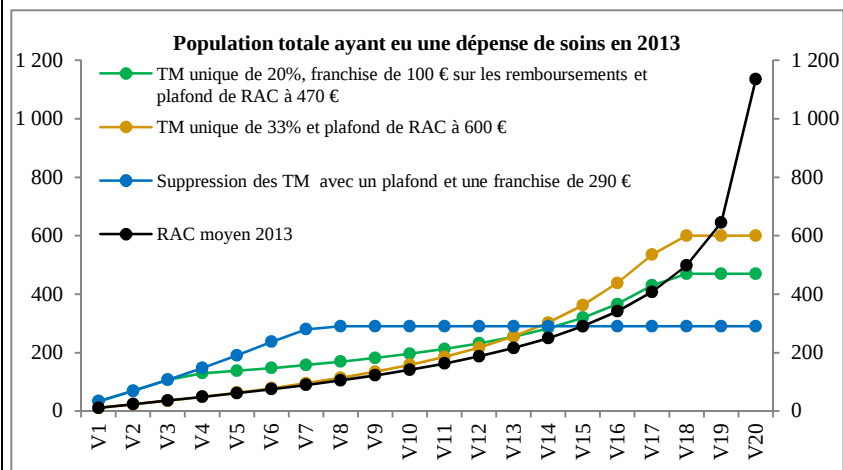
Effets de différents niveaux de plafonnement des restes à charge sur dépenses remboursables en soins de ville

Ces simulations ont pour hypothèses communes, dans un souci de simplifier l'illustration, la suppression de toutes les exonérations, y compris celles relatives aux affections de longue durée, des « franchises » et participations forfaitaires et, enfin, l'harmonisation des taux de tickets modérateurs entre toutes les catégories de dépenses. Trois scénarios de plafonnement ont été simulés :

- l'instauration d'un plafond de restes à charge (RAC) de 470 €, financée par une franchise annuelle de 100 € sur les remboursements normalement effectués par l'assurance maladie obligatoire au-delà du ticket modérateur de 20 % ;
- l'instauration d'un plafond de RAC de 600 €, financée par un taux de ticket modérateur porté à 33 %, sans franchise ;
- un plafond et une franchise confondus, sans tickets modérateurs, dont le niveau serait alors de 290 €.

Graphique n° 14 : distribution des restes à charge en soins de ville au titre de différents types de refonte des participations des ménages

En € par an



Note de lecture : Pour les 5 % assurés dont les dépenses de santé se situent dans le 10ème vingtile (V10, c'est-à-dire ceux pour lesquels 50 % de la population a une dépense de santé supérieure et 45 % une dépense de santé inférieure), le RAC annuel moyen était de 140 € en 2013. En cas de suppression des TM et d'introduction d'un plafond et d'une franchise tous deux égaux à 290 €, leur RAC annuel maximal passerait à 290 €. Pour leur part, les 5 % d'assurés du 19ème vingtile (V19) n'auraient plus un RAC annuel moyen de 600 €, mais un RAC annuel maximal de 290 €.

Source : Cour des comptes à partir de données de la CNAMTS issues de l'EGB 2013

a) Une solidarité financière accrue entre malades et bien portants

Ces simulations confirment l'intérêt d'un plafonnement pour accroître le degré de solidarité financière entre malades et bien portants. En considérant que le niveau de dépense indique l'état de santé, il apparaît que les assurés les moins bien portants, soit les 5 % d'assurés qui supportent les niveaux de dépense les plus élevés, verraient dans tous les cas leur reste à charge moyen diminuer en cas de plafonnement, cette diminution pouvant atteindre jusqu'à 55 % en cas de franchise confondue avec un plafond de 290 €.

Tableau n° 52 : effets redistributifs des différents scénarios illustratifs du plafonnement des restes à charge en soins de ville

En € par an

	RAC moyen ALD	RAC moyen non-ALD	RAC moyen des 5 % d'assurés ayant les dépenses les plus élevées
Situation actuelle	327	223	671
Ticket modérateur (TM) de 20 % non plafonné	+416	-89	+161
TM de 20 %, plafond de 470 € et franchise de 100 €	+64	-13	-211
TM de 33 % et plafond de 600 €	+150	-30	-87
Franchise de 290 €	-43	+9	-381

Source : Cour des comptes à partir de données de la CNAMTS issues de l'EGB 2013.

b) Une extrême vigilance à porter aux effets sur les assurés en affection de longue durée

Ces simulations illustrent aussi le fait qu'un plafonnement associé à une suppression des exonérations liées à une ALD, tel que préconisé par l'étude précitée de la direction générale du Trésor, pourrait dans certains cas pénaliser les patients en ALD, notamment ceux qui n'atteindraient pas le plafond. En effet, pour un plafond de 600 € indépendant du revenu des assurés, les patients en ALD pourraient perdre en moyenne jusqu'à 150 € par an. En revanche, pour un plafond inférieur à 400 €, le reste à charge moyen des assurés en ALD ne serait pas significativement affecté. Un plafond confondu avec une franchise, au niveau de 290 € par an, serait en moyenne favorable à cette catégorie de patients.

La fixation du niveau de plafond devrait ainsi impérativement tenir compte des effets sur les patients en ALD, si ce plafonnement s'accompagnait d'une suppression des exonérations et n'était pas différencié en fonction de la présence ou non d'une affection de longue durée. La mise en place d'un plafond indépendant des revenus pourrait notamment, selon les résultats d'une étude réalisée par la DREES en 2008, pénaliser plus particulièrement les patients en ALD aux revenus les plus modestes (entre 1 et 1,3 fois le plafond de la CMU-C), qui subiraient alors les plus fortes augmentations de restes à charge rapportées à leurs revenus¹⁷⁷. L'introduction d'une modulation du plafonnement en fonction du revenu, comme pratiqué en Allemagne, atténuerait cet effet, tout en marquant une évolution sensible par rapport au principe originel de l'assurance maladie, suivant lequel les remboursements sont indépendants des ressources¹⁷⁸.

Des modalités de prise en charge des affections de longue durée à réexaminer dans le cadre d'un plafonnement des restes à charge

L'existence des exonérations de ticket modérateur pour les assurés en ALD constitue l'un des principaux facteurs de différence de traitement entre les assurés qui exposent de mêmes niveaux de dépenses. Cependant, à dépenses publiques inchangées et toutes choses égales par ailleurs, la suppression de ces exonérations conduirait à accroître de 130 % le reste à charge annuel moyen des patients concernés sur les seuls soins de ville (soit un reste à charge passant de 327 € à 743 €, selon les simulations présentées dans l'encadré *supra*).

En revanche, le plafonnement des restes à charge permettrait d'atténuer fortement les conséquences qu'aurait la suppression des exonérations liées aux ALD sur les restes à charge de ces patients (voir résultats des simulations *supra*).

Aussi, la mise en place d'un plafonnement permet-elle de poser la question d'une suppression des exonérations liées aux ALD, telle que suggérée par la direction générale du Trésor. Il demeurerait cependant possible de traiter de manière différenciée les assurés ayant une ALD, en modulant à la hausse le niveau du plafond applicable à leurs dépenses, comme en Allemagne.

¹⁷⁷ Pour un plafond de 450 € par an et un taux de ticket modérateur de 33,3 %, la suppression des exonérations ALD aurait fait passer, en 2007, de 2,6 à 5 % le reste à charge de ces patients rapporté à leur revenu.

¹⁷⁸ La portée de ce principe est amoindrie depuis 2000 par l'existence de la CMU-C, qui fait bénéficier de majorations de prise en charge de leurs dépenses de santé les assurés dont les ressources sont inférieures à un certain plafond (5,1 millions de bénéficiaires à fin 2014).

c) Des conséquences à anticiper sur les couvertures complémentaires

En supprimant en pratique les risques de reste à charge élevés après assurance maladie obligatoire, cette réforme pourrait réduire l'intérêt relatif de contracter une assurance complémentaire sur dépenses opposables. L'ampleur de ce phénomène serait notamment fonction du niveau de plafond retenu. En tout état de cause, les couvertures complémentaires conserveraient tout leur intérêt au-delà des tarifs opposables.

Si le plafonnement des restes à charge entraînait un recentrage de l'intervention des couvertures complémentaires sur les dépassements et les secteurs à liberté tarifaire, il pourrait s'agir au demeurant d'un motif supplémentaire de procéder à une séparation plus poussée des domaines d'intervention respectifs de l'assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La stabilité globale à un niveau élevé de la part des dépenses de santé financée par l'assurance maladie sur les quinze dernières années - après avoir connu un point bas en 2011, elle est en passe de rejoindre son niveau de la fin des années 1990- s'est paradoxalement accompagnée d'une dégradation des taux individuels de remboursement et d'un accroissement des écarts de traitement entre les assurés en affection de longue durée et les autres. En outre, les modalités de prise en charge par l'assurance maladie exposent de plus en plus les assurés à des restes à charge potentiellement très élevés, dépassant dans certains cas 1 700 € par an, y compris pour certains patients ayant une affection de longue durée.

La couverture de ce risque est reportée en grande partie sur les organismes complémentaires, ainsi que plus généralement le financement des transferts de charges opérées vers les ménages notamment depuis 2004. La part des organismes complémentaire dans le financement de dépenses de santé a ainsi nettement progressé en 15 ans. La couverture sociale du risque maladie est devenue dans les faits sans cesse davantage mixte, les deux types d'opérateurs couvrant désormais la quasi-totalité de la population pour les mêmes soins. Cette progression se traduit par un recours aux assureurs complémentaires plus important en France que chez ses partenaires européens. Corrélativement, la part des dépenses de santé assumée directement par les ménages est en France l'une des plus faibles d'Europe.

Cependant, le recours à une assurance complémentaire, pour couvrir un risque de reste à charge trop élevé, représente un coût très significatif pour les ménages et pour les finances publiques. De plus, les conditions financières d'accès à ces couvertures, qui bénéficient d'un soutien public très différencié, sont très inégales et dépendent très largement du statut des assurés face à l'emploi. Elles pénalisent les assurés ayant potentiellement les risques de santé les plus élevés en raison de leur âge. Enfin, ces couvertures complémentaires peuvent dans certains cas laisser à la charge directe des ménages des sommes importantes, liées notamment aux dépassements d'honoraires et de tarifs dont elles encouragent par ailleurs la très vive progression.

L'actuelle mixité de la couverture maladie, partagée entre assurance maladie obligatoire et assurances complémentaires, pose ainsi des questions très lourdes d'inégalités dans l'accès aux soins, sans préjudice des difficultés qui en résultent pour un pilotage plus efficient du système de santé.

Dans ces conditions, il apparaît nécessaire de retrouver un niveau et une qualité satisfaisants de protection de l'ensemble des assurés contre les risques de santé. Cet objectif suppose en tout état de cause un effort prioritaire et indispensable à conduire pour une maîtrise beaucoup plus rigoureuse et plus active de la dépense de santé elle-même, particulièrement élevée en France par rapport à d'autres pays sans différences significatives dans l'état de santé de la population. Par ailleurs, à périmètres d'intervention inchangés de la sécurité sociale et des assurances complémentaires dans les prises en charge, et dans une optique de court terme, la Cour formule les recommandations suivantes :

- 11. engager rapidement l'harmonisation des assiettes des tickets modérateurs entre tous les établissements de santé publics et privés ;*
- 12. étendre les mesures visant à limiter le reste à charge des ménages résultant des secteurs à liberté tarifaire en renforçant les critères d'éligibilité des contrats « responsables » ;*
- 13. adopter des mesures plus contraignantes de limitation des taux de dépassements d'honoraires ;*
- 14. réorienter une partie des soutiens publics à la souscription d'une couverture complémentaire vers les assurés aux risques les plus élevés.*

En reconsidérant plus profondément l'organisation actuelle, une clarification des champs d'intervention respectifs de l'assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires mériterait d'être examinée dans un horizon de moyen terme. À ce titre, la Cour propose les orientations suivantes :

- (i) étudier le scénario d'une généralisation obligatoire des couvertures complémentaires santé accompagnée d'une plus grande homogénéité des niveaux de garantie et de participation financière des assurés ;*
- (ii) envisager de resserrer le « panier de soins » remboursables par l'assurance maladie, afin d'améliorer les niveaux de prise en charge, notamment à l'hôpital ;*
- (iii) viser une séparation plus poussée des domaines d'intervention respectifs de l'assurance maladie et des organismes complémentaires afin de renforcer la capacité d'action de chaque financeur dans la gestion des risques et la maîtrise du coût des soins et des produits de santé.*

Enfin, à plus long terme, une réforme des modalités mêmes de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pourrait être envisagée. Dans cette perspective, la Cour propose l'orientation suivante :

- (iv) étudier la mise en place d'un plafonnement des restes à charge accompagné d'une reconsidération des modalités de prise en charge des affections de longue durée.*
-